

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

303

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 avril 1899, à 1 heure

Par AB. PLATRIER

DE

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME INTERNE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. LANCEREAUX, professeur.
TEISSIER et DUPRÉ, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899



303

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° =

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 avril 1899, à 1 heure

Par AD. PLATRIER

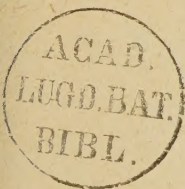
DE

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME INTERNE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { LANCEREAUX, professeur.
 { TEISSIER et DUPRÉ, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

—
1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

	Boyen.	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL
Operations et appareils.		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique.		LANDOUZY
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N.....
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.		LE DENTU
		TILLAX.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de ma vive reconnaissance et de
mon profond amour filial.*

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE, M. E. GUILBERT

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

Commandeur de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie des Sciences
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine
Médecin des hôpitaux

DE

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME INTERNE

INTRODUCTION

L'hystérie, ce véritable « Protée qui se présente sous autant de couleurs que le caméléon », suivant la phrase devenue classique de Sydenham, peut être provoquée par des causes si nombreuses et si variées que l'étude de son étiologie est devenue aussi complexe que celle de ses formes cliniques.

Depuis quelques années cette étiologie s'est enrichie encore d'un certain nombre de facteurs. Tous les jours on découvre une nouvelle cause provocatrice de la grande névrose à laquelle on n'avait pas accordé jusqu'alors l'attention qu'elle méritait. La raison en est qu'autrefois on connaissait peu l'hystérie. C'est à l'école française que revient en grande partie la gloire d'avoir bien étudié cette affection et d'en avoir vulgarisé la connaissance.

Les plus remarquables de ces travaux sont ceux de Briquet et de Landouzy, puis ceux du professeur Charcot

qui a dépeint magistralement les divers symptômes de cette maladie et, par ses découvertes successives, en a singulièrement agrandi le domaine. L'impulsion donnée par ce maître à l'étude de l'hystérie fut considérable. Cantonnée d'abord en France, parmi ses élèves, elle s'étendit bientôt, et rayonna dans tous les pays du monde. Elle produisit un nombre considérable de travaux qui ont élucidé peu à peu le mécanisme psychique des accidents hystériques et ont fait naître des considérations toutes nouvelles sur leur étiologie.

Les premiers observateurs, en effet, faisaient de l'hystérie une maladie utérine. C'est à Briquet qu'il appartenait d'étendre considérablement le sens de ce mot. Avant lui, on pensait que le seul agent provocateur de l'hystérie était « l'amour contrarié » et, dans la langue populaire, l'hystérie s'appelait « le mal d'amour. » La thérapeutique de ce mal avait suggéré à Molière la jolie comédie de *l'Amour médecin*. Aujourd'hui, tout en admettant que l'amour contrarié est capable d'éveiller ou de réveiller la névrose, on sait que l'hystérie reconnaît des causes occasionnelles multiples.

Dans une thèse fort remarquable à tous égards, M. Guinon a étudié les divers agents provocateurs de l'hystérie (1).

Parmi ces différentes causes, on place la chloro-anémie, les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, la grippe, la syphilis. Les fatigues intellectuelles et physiques agissent encore plus directement. Les différentes intoxications,

1. Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*. Thèse, Paris 1889.

l'alcoolisme, le saturnisme, le nicotisme, l'intoxication oxy ou sulfo-carbonée produisent des effets analogues. Dans cette classe il faut placer l'hystérie qui se manifeste chez des sujets soupçonnés de fabriquer des produits toxiques en dehors de toute influence septique et que M. le professeur Brouardel a signalée en particulier chez les prisonniers. Charcot d'ailleurs disait : « Où l'hystérie va-t-elle se nicher ? Je vous l'ai montrée dans la classe ouvrière et je vous ai dit qu'il fallait la chercher encore sous les haillons, chez les déclassés, les mendiants, les vagabonds, dans les dépôts de mendicité, les pénitenciers, les bagnes peut-être. » Et dans une de ses cliniques : « Pour le moment, disait-il, je me bornerai à vous faire part d'une impression qui m'est venue à la suite de quelques observations que j'ai faites dans cet hospice, où la consultation externe, en de certains jours, ressemble quelque peu à une « cour des miracles », c'est que l'hystéro-neurasthénie serait chose vraiment fréquente parmi les misérables, les loqueteux, les gens sans aveu, qui fréquentent tour à tour les prisons, les asiles de nuit et les dépôts de mendicité. »

Les maladies qui portent sur le système nerveux lui-même, comme la sclérose en plaques, le tabès, s'accompagnent également volontiers d'hystérie.

Mais nous avons hâte d'arriver au traumatisme, et nous ne poursuivrons pas plus loin l'étude, fort incomplète d'ailleurs, des autres agents provocateurs de l'hystérie. C'est le traumatisme et en particulier le « traumatisme interne », dans ses rapports avec l'hystérie, que nous devons spécialement étudier dans notre thèse,

Mais avant d'aborder ce travail, nous sommes heureux d'obéir à une douce tradition en rendant hommage aux maîtres excellents qui nous ont appris à connaître et à aimer la médecine.

Nos premiers remerciements reviennent à ceux de nos maîtres de la faculté de Lille qui nous ont enseigné les premiers éléments des sciences médicales, à MM. Lemoine, Doumer et Lambling.

Que nos différents maîtres dans les hôpitaux de Paris, MM. Rendu, Letulle, Berger, Dieulafoy, Potain, reçoivent également l'expression de notre respectueuse gratitude.

Que M. Budin, professeur de clinique obstétricale, nous permette de lui exprimer notre profonde reconnaissance pour les marques de bienveillant intérêt qu'il nous a si souvent données. Nous n'oublierons jamais que c'est dans son service et dans ses magistrales leçons que nous avons pris le goût de l'obstétrique.

Notre vénéré maître, M. le professeur Potain, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Ses savantes et si intéressantes leçons laisseront en nous un souvenir ineffaçable. Qu'il veuille bien en outre agréer nos remerciements tout particuliers pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui.

DE L'HYSTÉRO-TRAUMATISME INTERNE.

« L'hystéro-traumatisme, dit M. Guinon, est l'hystérie développée sous l'influence du traumatisme et de cet état qui en dérive, le *shock nerveux*. On donne le nom de *shock nerveux* à l'état dans lequel se trouve un individu qui vient d'être victime d'un traumatisme ou d'une secousse matérielle quelconque, plus ou moins violente, mais s'accompagnant toujours d'une émotion vive, état caractérisé par une série de symptômes tant psychiques que somatiques ».

L'hystéro-traumatisme en général a été bien étudié tant en France qu'en Allemagne. Un grand nombre de travaux et d'observations ont été publiés à ce sujet, et actuellement la question est tout à fait établie. Nous ne ferons donc que mentionner ici les différents caractères de son évolution clinique pour nous occuper plus spécialement des manifestations hystériques provoquées par un traumatisme interne.

Le terme d'hystéro-traumatisme ne s'appliqua d'abord qu'aux troubles nerveux qui suivent les accidents de chemin de fer (*railway brain* des Anglais). Aujourd'hui, sous cette dénomination, on englobe toutes les variétés de choc nerveux intense d'origine traumatique.

Dans la constitution de cet état morbide rentrent les éléments suivants : d'une part, le traumatisme qui constitue le phénomène initial, et d'autre part, des symptômes importants, des troubles nerveux divers de nature hystérique.

Ces troubles nerveux peuvent être groupés sous trois chefs : troubles de la sensibilité, troubles de la motilité, état mental.

Les troubles de la sensibilité sont des anesthésies superficielles ou profondes, délimitées sous forme d'hémi-anesthésie, ou disséminées irrégulièrement en plaques, ou bien encore affectant les formes très spéciales en manche de veste, en gigot, etc. ; des anesthésies sensorielles diverses, surdité, anosmie ; des troubles oculaires tels que l'amblyopie, le rétrécissement concentrique du champ visuel, la dischromatopsie, etc. On observe également de l'hyperesthésie de la peau et plus rarement des sens.

Les troubles de la motilité consistent principalement en attaques convulsives variant depuis la simple syncope jusqu'à la grande attaque avec perte de connaissance, grands mouvements, etc. ; en paralysies flasques ou spasmodiques, en contractures.

Quant à l'état mental des traumatisés, il est généralement sombre ; les malades sont moroses, préoccupés, hypochondriaques : ce sont des « hystéro-neurasthéniques ».

Ces divers troubles nerveux peuvent apparaître à la suite de la plus légère lésion aussi bien qu'après les plus grands traumatismes. Aucune relation n'existe entre l'énergie de la cause efficiente et les phénomènes consécu-

tifs. Un léger traumatisme peut solliciter chez un sujet une vive réaction nerveuse, alors qu'une épouvantable catastrophe laissera indemne le système nerveux de son voisin. On se rend bien compte de ce fait lorsqu'on constate que parmi les victimes des collisions de chemin de fer, ce ne sont pas les individus les plus gravement blessés qui deviennent par la suite hystériques. Le terrible accident arrivé à Charenton en 1881 sur la ligne de Paris-Lyon-Méditerranée en a fourni des preuves multiples (1). On connaît cette malade de Charcot (2) qui contracta une paralysie de la main après avoir donné de cette même main un soufflet de violence modérée à son enfant. Tout dépend de la façon dont le système nerveux réagit et de l'émotion produite par le traumatisme.

La nature et l'intensité du traumatisme important peu ; par contre, le point d'application de l'agent extérieur a le plus souvent une grande importance au point de vue de la localisation des troubles nerveux.

Telle est, rapidement exposée, l'étude clinique de l'hystéro-traumatisme en général.

Mais dans l'étiologie de ces troubles nerveux les traumatismes externes entrent-ils seuls comme facteurs ? Ces désordres que provoquent les chutes, les coups, les violences extérieures, ne peuvent-ils pas être causés aussi par un « traumatisme interne » ?

L'ébranlement nerveux qui résulte de certaines crises

1. Vibert. *Etudes médico-légales sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer*. Paris, 1888.

2. Charcot. *Leçons du Mardi*. 1887-88.

douloureuses, ayant les viscères pour siège ne peut-il pas, comme le railway-spine, déterminer chez l'individu qui en est atteint des symptômes d'hystérie?

Nous nous efforcerons, au cours de cette étude, de prouver que réellement le traumatisme interne peut être la cause de ces troubles nerveux et que c'est un nouvel agent provocateur à ajouter à la liste déjà longue des facteurs étiologiques de l'hystérie.

Les observations qui se rapportent à ce fait ne sont pas nombreuses dans la littérature médicale. Notre maître M. le professeur Potain a le premier signalé la possibilité d'accidents de cette nature (1).

Cependant ces manifestations hystériques ne sont pas exceptionnelles, et si, dans certains cas de colique hépatique, de colique néphrétique ou de toute autre affection, l'hystérie est restée méconnue, c'est qu'on n'y a pas songé et qu'on ne l'a pas cherchée.

M. Bax de Corbie rapporte en 1879 l'observation suivante (2).

Il s'agit d'une dame âgée de 45 ans, nerveuse, un peu dyspeptique et sujette à des coliques hépatiques.

« Je l'ai vue, dit l'auteur, la première fois il y a trois ans, en pleine crise hépatique. Elle était couchée et souffrait depuis longtemps. Depuis le début de ses douleurs, elle avait eu, me dit son mari, deux attaques nerveuses. Je l'examinai avec peine, car elle s'agitait beaucoup, et gémissait sans répondre à mes questions. A un moment

1. Potain. *Semaine médicale*, 1891.

2. Bax de Corbie. *Considérations sur les cas de colique hépatique*. *Union méd. du Nord-Est*, 1879.

donné elle pousse un cri et s'affaisse. Puis sa figure se contracte, se tord en grimaçant; ses poings fermés frappent sa poitrine à coups redoublés pendant plus de cinq minutes, sans que mes efforts joints à ceux de son mari puissent faire cesser ces coups peu inoffensifs pour elle. Bientôt après, elle se roule d'un côté du lit à l'autre, fait des bonds qui la feraient tomber à terre si on n'y prenait garde, crie, gesticule de toutes façons. Cette scène navrante dure un bon quart d'heure, elle est suivie presque sans transition d'un calme complet pendant lequel elle paraît avoir perdu conscience de ses souffrances et du monde extérieur. Puis, peu à peu, la connaissance apparaît; elle ouvre les yeux, regarde effarée autour d'elle, et bientôt la colique hépatique continuant, elle recommence à se plaindre pendant une heure ou deux, jusqu'à ce qu'une nouvelle crise nerveuse, analogue à la précédente, revienne apparaître. »

Les coliques hépatiques reviennent à plusieurs reprises pendant plus de deux mois. Les convulsions apparaissent de temps en temps, et elles cessent complètement quand les crises de colique hépatique ont disparu.

Ces attaques nerveuses, suivant l'auteur, n'étaient pas toujours semblables. « Quelquefois, dit-il, la crise avait plus de ressemblance avec l'épilepsie, mais la première était une attaque absolument semblable à une attaque d'hystérie. Mais jamais, dans l'intervalle de ses coliques, cette femme n'a eu la moindre convulsion, rien qui pût faire croire qu'elle était atteinte d'hystérie ou d'épilepsie. »

Cette observation, d'après les caractères de l'attaque, doit être, selon nous, rattachée à l'hystérie.

M. Cyr, dans son ouvrage sur les *Maladies du foie* (1), dit : « Il est bon de savoir que la crise hépatique peut provoquer le réveil de quelque crise d'hystérie ou d'épilepsie chez les sujets affectés de l'une ou de l'autre de ces maladies. » Et plus loin il ajoute : « Les hépatiques sont en général très préoccupés de leur maladie et fort disposés à s'exagérer la gravité de leur situation. Nous avons constaté ce fait chez de toutes jeunes femmes que leur âge, leur position sociale et autres circonstances devaient défendre contre toute invasion d'idées noires, et dont le caractère avait complètement changé depuis l'apparition de leur affection hépatique, le plus souvent la lithiasé biliaire.

« Il semblerait qu'il y ait dans les affections du foie en général une influence particulière sur le moral que nous nous bornons à signaler mais que nous ne nous chargeons pas d'expliquer. Cette influence s'est manifestée de la façon la plus nette sur une dame, cliente du D^r Faivre (de Paris), que nous avons eu l'occasion de soigner en 1866. Cette dame, qui n'était nullement névropathe, mais au contraire très insouciant et très gaie, fut prise brusquement d'une violente crise de coliques hépatiques que rien n'avait semblé faire présager (en apparence seulement) et à la suite de laquelle survint un ictère intense. C'est peu de jours après que la jaunisse fut établie que, à son grand étonnement et au grand étonnement de son entourage, la malade fut prise d'envie subite de pleurer, espèce de crise de larmes survenant sans motif appré-

1. Cyr. *Traité pratique des maladies du foie*. Paris, 1887.

ciable et disparaissant au bout de quelques instants pour reparaitre à un autre moment d'une façon aussi inattendue. »

Ici encore les éléments nous manquent pour affirmer nettement l'existence de l'hystérie; mais ces crises de larmes survenant tout à coup et disparaissant de même, cet état mental particulier nous paraissent être des phénomènes hystériques.

Il existe un certain nombre d'observations semblables où les manifestations nerveuses survenant dans le cours d'une attaque de colique hépatique ou néphrétique semblent être de nature hystérique; mais dans la plupart de ces cas, il n'est fait aucune mention de l'existence des stigmates névrosiques, et le diagnostic rétrospectif ne peut être que probable.

Aussi nous laisserons ces faits de côté, et nous ne parlerons dans les chapitres suivants que des cas qui ont été bien observés dans ces dernières années.

Comme nous le verrons, la colique hépatique et la colique néphrétique ne sont pas les seules causes internes de l'hystérie. La présence de tœnias, et divers troubles viscéraux, tels que la typhlite, peuvent aboutir au même résultat.

SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

Nous reproduisons dans ce chapitre un certain nombre d'observations se rapportant aux manifestations hystériques consécutives à divers traumatismes internes. Après les avoir successivement discutées, nous ferons une étude générale de la symptomatologie de l'hystéro-traumatisme interne et des particularités qu'elle présente.

OBSERVATION I (1).

A... Marie, âgée de 24 ans, cuisinière. Entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Potain, le 24 novembre 1891.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de 59 ans.

Six frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Elle était depuis son enfance délicate, pâlotte, avait des essoufflements; souffrait fréquemment de maux de tête. A l'âge de 11 ans, en passant un soir sur le

1. Thèse Mlle Bychoffski. Paris, 1893.

bord d'un lavoir, elle glissa et tomba dans l'eau. Le lavoir était assez profond, l'eau très froide (janvier); elle est restée plongée dans l'eau pendant une heure environ, avant que quelqu'un vint à son secours. Il est facile de comprendre par quelles angoisses l'enfant était assaillie pendant tout le temps qu'elle resta dans l'eau. Elle a été transportée chez elle, et pendant cinq jours elle avait des frissons continuels. Au bout de ce temps, les secousses de tremblement s'accrochèrent, des mouvements brusques, incoordonnés, se sont montrés dans les bras, dans la tête, des mouvements à grande amplitude. La malade avait la chorée. Cette chorée dura six semaines, puis disparaît progressivement sans traitement spécial.

Jamais de rhumatisme.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement, retard de deux à trois mois quantité minime.

Avec l'apparition des premières règles, elle eut une recrudescence de tous ses maux d'enfance.

Jusqu'en 1889, maux continuels, céphalalgies, troubles digestifs, palpitations du cœur, essoufflements de temps à autre, œdème des membres inférieurs.

En janvier 1889, elle fut prise brusquement d'une douleur extrêmement vive dans la région lombaire gauche, douleur qui s'irradiait dans l'aîne et à la partie interne de la cuisse. En même temps surviennent des nausées, des vomissements et une anurie presque complète. Elle entre dans le service de M. le professeur Dieulafoy où elle reste quatre mois.

Là on constate deux choses dans ses urines : des graviers et de l'albumine. On a diagnostiqué la colique néphrétique.

Ces symptômes n'ont jamais reparu depuis.

A la sortie de l'hôpital, environ quinze jours après, sans

cause bien déterminée, à la suite d'une légère émotion, de petits ennuis, elle fut prise d'une attaque convulsive avec perte de connaissance.

Des attaques semblables se renouvellent ensuite deux ou trois fois par semaine.

Puis peu à peu elles deviennent moins fréquentes et moins longues. En outre de ces grandes attaques, la malade en présente de légères qui se traduisent par une sorte de lipothymie, celle-ci sans perte de connaissance.

Depuis six semaines, tous les symptômes augmentent, vomissements alimentaires, état nerveux, insomnie, cauchemars, etc. C'est pour tout cela et pour sa faiblesse générale que la malade rentre à l'hôpital.

Etat actuel. — En examinant la malade, on la trouve pâle, décolorée, le pouls est mou, dépressible, la pression artérielle faible, 0,15 centimètres environ ; dans les vaisseaux du cou on perçoit un souffle assez intense accompagné de frémissement.

A l'auscultation du cœur, les bruits sont normaux, mais au-dessus de la pointe on entend un souffle méso-systolique qui présente les caractères de souffle extra-cardiaque. Le cœur, quoique ne présentant aucune lésion organique, est augmenté de volume, et l'augmentation porte sur les cavités droites, mais il n'y a aucune affection pulmonaire.

La malade est dyspeptique depuis longtemps, et il est probable que la dilatation du cœur est d'origine gastrique.

Troubles nerveux objectifs. — Hémianesthésie qui occupe la moitié gauche du corps.

Diminution de l'acuité visuelle.

Rétrécissement du champ visuel plus accusé du côté gauche.

Ouïe normale.

Anosmie et perte du goût du côté gauche.

On provoque par la pression une douleur assez vive sur le trajet de l'uretère gauche. Point hystérogène sur ce trajet.

Nous avons dans cette observation trois points à envisager : l'hystérie, la chorée, la chloro-anémie et, à côté de cela, la gravelle urinaire. Quel rapport existe-t-il entre ces divers états morbides (1)?

D'abord il est hors de doute que la chloro-anémie date de l'enfance ; elle est même fort probablement héréditaire ; c'est une de ces chloroses qu'on observe si souvent chez les descendants des tuberculeux.

L'hystérie est nettement établie, elle ne fait aucun doute. Pour la chorée, le diagnostic est moins certain. Est-ce une chorée de Sydenham? Est-ce une chorée hystérique? Ces deux affections diffèrent en quelques points. La chorée de Sydenham débute en général lentement, et disparaît de même progressivement; elle est caractérisée par des mouvements désordonnés; souvent liée au rhumatisme, elle s'accompagne fréquemment des complications habituelles de cette affection, l'endocardite et la péricardite. La chorée hystérique est une chorée rythmée; son début est soudain; elle dure peu et disparaît brusquement. Dans cette observation il paraît avoir existé des signes de l'une et de l'autre affection. Ce début, relativement brusque, est plutôt le début de la chorée hystérique; d'un autre côté, ces mouvements désordonnés de

1, Potain, *Semaine médicale*, 1891.

la tête et des membres semblent être le fait de la chorée vulgaire. Il y a donc ici des caractères communs. Mais ce qui est à noter, c'est que, sous l'impression du froid et de l'émotion, cette femme, au lieu d'avoir une pneumonie ou une pleurésie, a réagi par son système nerveux et a fait une chorée.

Pour la colique néphrétique, on n'a pas eu la preuve directe de son existence, puisqu'on n'a pas vu les graviers ; mais le récit fait par la malade semble être une preuve suffisante pour affirmer qu'elle a réellement existé.

Quelle est la cause de cette hystérie ? Peut-on l'attribuer à l'émotion ou aux légers ennuis qu'a éprouvés la malade ? Mais à ce compte-là tout le monde serait hystérique. Il a fallu pour cela une prédisposition spéciale qui n'a pas toujours existé chez cette malade ; car si elle eût existé au moment où le sujet est tombé dans l'eau, il fût à coup sûr devenu alors hystérique. Un seul fait s'est produit depuis cette époque, c'est la colique néphrétique, et c'est cet accident qui a occasionné l'hystérie.

OBSERVATION I (1)

M... Victor, âgé de 53 ans, employé. Entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Potain, salle Bouillaud, le 25 septembre 1889.

Antécédents héréditaires. — Pas de rhumatisme ni de goutte

1. In thèse Bychoffski.

dans la famille. Pas de renseignements nets au point de vue de l'hérédité nerveuse.

Antécédents personnels. — A dix ans, tumeur blanche du genou, suivie de luxation spontanée du tibia en arrière.

Migraine pendant la jeunesse.

A l'âge de 25 ans fracture du tibia. Il y a quatre ans rétrécissement de l'urèthre. Uréthrotomie. Il y a trois ans rhumatisme blennorrhagique du genou et de l'épaule droite. Pas d'ankylose consécutive.

Depuis deux ou trois mois douleurs continues dans l'aîne et le scrotum du côté droit.

Six jours avant son entrée à l'hôpital, le malade fut pris brusquement, au milieu de son travail, d'une douleur très vive dans la région lombaire. Cette douleur persistante s'exagérait par la pression et pendant les mouvements du malade. Elle s'irradiait dans l'aîne et le scrotum. Diminution de la quantité d'urine qui est trouble et laisse au fond du vase un dépôt abondant et des graviers très fins au dire du malade. Hématurie légère.

Etat actuel. — A l'examen du malade, on constate qu'il est maigre et pâle.

On provoque une douleur assez vive à la pression au niveau du rein droit et le long de l'uretère droit.

Rien au cœur ni dans les poumons.

Pas de fièvre.

Foie normal. Pas de troubles digestifs.

Comme troubles nerveux on constate une hémianalgésie droite. Diminution du réflexe pharyngé. Pas de modifications appréciables des sens.

4 mars 1890. — Le malade quitte le service.

Au mois de novembre de la même année, il rentre de nou-

veau pour une seconde atteinte de colique néphrétique du côté droit également.

L'examen fait au point de vue des troubles nerveux a révélé les signes suivants :

Une analgésie droite avec diminution de la sensibilité générale.

Diminution de l'acuité visuelle.

Rétrécissement du champ visuel.

14 février. — Un nouvel examen fait constater la persistance des stigmates indiqués plus haut, et on constate un nouveau signe, à savoir, une diminution de l'acuité auditive, surtout du côté droit.

Les crises douloureuses se produisent de temps en temps, quelquefois à l'intervalle de trois ou quatre jours.

29 février. — Le malade n'a pas eu de crises douloureuses depuis plus de quinze jours.

Les troubles nerveux persistent, mais sensiblement atténués

Le malade quitte l'hôpital.

Mais le 29 avril, il vient pour la troisième fois.

Il a été repris de douleurs violentes qui se localisent, comme les fois précédentes, dans la région du rein droit avec irradiation.

Pas de stigmates hystériques.

Quinze jours plus tard, un nouvel examen fait constater :

Une hémianalgésie à droite.

Rétrécissement du champ visuel droit.

Quelques jours plus tard, on a trouvé la diminution de l'acuité auditive à droite.

16 novembre. — Légère colique.

Hémianesthésie complète pour tous les modes de la sensibilité.

Rétrécissement notable du champ visuel, plus accentué à droite.

Abolition de la sensibilité du pharynx.

Diminution de l'acuité auditive à gauche.

27 novembre. — La douleur à la pression persiste sur le trajet de l'uretère droit.

Diminution du goût au niveau de la moitié droite de la langue

L'odorat normal. Pas d'achromatopsie.

14 décembre. — Les douleurs ont presque disparu depuis une dizaine de jours.

Hémianesthésie droite peu accusée. Les autres stigmates également atténués.

Rétrécissement du champ visuel à droite persistant.

21 janvier. — Retour des phénomènes douloureux dans le trajet urétéral droit.

En même temps on constate une anesthésie de la jambe et du bras droits ; engourdissement des mêmes régions.

Achromatopsie de l'œil droit pour toutes les couleurs.

Amblyopie droite.

Rétrécissement du champ visuel droit.

Le malade reste encore un certain temps à l'hôpital. Il finit par présenter tous les symptômes de la pyélite calculeuse.

Cette observation est absolument probante.

Les douleurs lombaires, l'hématurie, et enfin la pyélite calculeuse, permettent d'affirmer l'existence de la colique néphrétique. A sa première attaque, cet homme présente des stigmates d'hystérie. La corrélation entre la colique

néphrétique et l'hystérie est ici évidente. A l'apparition de chaque nouvelle attaque, les symptômes hystériques s'accroissent pour s'atténuer ensuite quand elle était terminée, et finir même par disparaître presque complètement.

L'observation qui suit se rapporte à des faits du même genre. Nous la devons à l'obligeance de M. le Dr Brodier, chef de clinique du professeur Potain.

OBSERVATION III

Colique néphrétique gauchée. Hystérie.

La nommée Cuv.... cuisinière, âgée de 39 ans, entre le 10 novembre 1893 à la Charité, dans le service du professeur Potain, salle Piorry, n° 4.

Sa mère est rhumatisante et a eu autrefois de nombreuses attaques convulsives avec perte de connaissance. Son père est bien portant ; elle a deux frères également bien portants.

Elle a été réglée à 19 ans et depuis lors irrégulièrement. A eu la rougeole à 35 ans. On ne relève chez elle aucun signe d'alcoolisme. Elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, mais elle est émotive, pleure et rit facilement, et éprouve après des contrariétés la sensation d'une boule qui monte à la gorge.

Elle a eu, il y a deux ans, une première crise de colique néphrétique gauche et une seconde il y a neuf mois, pour laquelle elle a été soignée pendant onze jours dans le service de M. Thibierge. La crise actuelle a débuté assez brusquement la veille de l'entrée de la malade à l'hôpital ; elle a été précédée pendant

quelques heures de vertiges, de même que les deux crises précédentes. On a sous les yeux le tableau classique de la colique néphrétique : douleur atroce dans la région lombaire gauche, irradiant le long de l'uretère vers le pli de l'aîne et vers la partie supéro-interne de la cuisse ; émission peu abondante et très douloureuse d'urines troubles ; nausées et vomissements alimentaires. Le cœur et les poumons sont normaux. La pression artérielle mesure 10 centimètres de Hg au niveau de la radiale droite.

Pendant les onze jours que la malade a passés à l'hôpital, la douleur a persisté sous forme d'accès très intenses, entrecoupés d'accalmies relatives entretenues le plus souvent par des injections de morphine. Pendant ce temps, la douleur abandonne peu à peu la région rénale et la partie supérieure de l'uretère, indiquant ainsi le cheminement lent mais progressif du gravier vers la vessie.

On note, le jour même de l'entrée, une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche dont la malade n'avait nullement conscience.

L'hémianesthésie est complète ; tandis que du côté gauche le moindre attouchement est rapidement perçu, il faut exercer à droite une très forte pression pour provoquer la sensation de contact ; on peut tirer fortement les cheveux de ce côté, sans que la malade accuse aucune sensation. La sensibilité à la douleur est également abolie, on peut piquer et même transpercer complètement la peau sans réveiller la moindre douleur. Le froid et le chaud ne sont pas perçus davantage. Le sens musculaire est conservé et on constate que malgré son anesthésie cutanée la malade, les yeux fermés, prend et serre sans hésitation la main qu'on lui présente.

Depuis qu'on a attiré son attention sur cette hémianesthésie, elle remarque que, dès le début même de chaque accès douloureux, elle perd subitement la vue de l'œil gauche ; l'amaurose est complète et disparaît peu à peu après l'accès. Dans l'intervalle des accès, il existe un rétrécissement à peu près régulièrement concentrique du champ visuel de l'œil gauche ; quand l'œil droit est fermé, elle est incapable de lire et ne distingue aucune couleur. L'oreille gauche ne perçoit le bruit d'une montre que quand celle-ci est appliquée sur le pavillon, tandis que l'oreille droite entend le même bruit jusqu'à une distance d'environ 30 centimètres. Enfin la malade ne reconnaît pas le sirop de sucre ou la solution de sulfate de quinine à 1 p. 20 déposés sur le côté gauche de la langue, ni le camphre ou l'asa foetida présentés à la narine gauche. Elle sort sur sa demande le 21 novembre, ayant conservé les mêmes stigmates hystériques.

Il eût été intéressant d'observer la disparition de ces stigmates au moment de la chute du gravier dans la vessie. Si on ne peut démontrer dans le cas actuel que ces stigmates aient été provoqués par la présence du gravier dans l'uretère, il semble bien que l'amaurose subite qui survenait à chaque accès douloureux pour disparaître avec lui est un phénomène purement hystérique.

OBSERVATION IV

Capd... Pauline, âgée de 50 ans, ménagère. Entre à l'hôpital Necker, service de M. le Dr Rigal, le 10 janvier 1893,

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 68 ans, à la suite d'une affection cérébrale. Mère morte à l'âge de 33 ans, de variole. Était très nerveuse, attaques de nerfs fréquentes qui paraissaient de nature hystérique.

Un frère nerveux et asthmatique.

Antécédents personnels. — A été bien portante jusqu'à l'âge de 28 ans. A cette époque fièvre typhoïde. A l'âge de 38 ans fluxion de poitrine. Influenza. Emphysème depuis deux ou trois ans. Jusqu'il y a deux ans, état nerveux normal, jamais de crises nerveuses.

Elle a eu quatre enfants qui sont morts en bas âge de méningite, au dire de la malade.

Il y a deux ans, elle a été prise brusquement, au milieu de ses occupations, d'une douleur extrêmement intense dans la région épigastrique et dans l'hypochondre droit. En même temps des nausées et des vomissements. La douleur s'était amendée au bout de quelques heures.

Pas d'ictère.

Depuis cette époque, les crises douloureuses se seraient renouvelées un grand nombre de fois. Seulement, ces crises, tout en ayant ce caractère de soudaineté d'apparition, ne seraient pas toutes identiques comme siège du maximum de la douleur. Quelquefois c'est dans la région lombaire gauche qu'elle serait surtout intolérable et se propage alors dans l'aîne et la cuisse gauche ; en même temps la quantité d'urine diminue notablement ; les urines sont troublées et laissent au fond du vase de petites pierres rougeâtres.

Il paraît donc que cette malade était atteinte à la fois de lithiase biliaire et de lithiase urinaire.

Depuis ses crises douloureuses la malade est devenue très

nerveuse. La moindre contrariété provoque chez elle des pleurs, la sensation de constriction à l'épigastre, de boule qui monte de cette région au cœur et l'étouffe. Des pleurs et des rires se produisent chez elle souvent sans cause aucune, et, ajoute-t-elle, quelquefois je ris quand il me semble qu'il faut plutôt pleurer et inversement. Jamais auparavant elle n'a rien eu de tout cela.

Depuis deux ans également, la malade est devenue sujette aux maux de tête ; elle a de l'insomnie, la mémoire a diminué notablement. Anorexie. Oppression. De temps en temps des lipothymies sans perte de connaissance. Pas de grandes attaques de nerfs.

Etat actuel. — Le foie, légèrement augmenté de volume, n'est pas douloureux à la pression, mais cette manœuvre provoque une sensation douloureuse au niveau de la région épigastrique.

Le rein gauche est très douloureux à la pression.

A l'auscultation du poumon, emphysème.

Rien au cœur.

Troubles nerveux. — Affaiblissement de la sensibilité tactile. Analgésies par plaques qui occupent la moitié gauche du corps.

Plusieurs plaques d'hyperesthésie au niveau de la poitrine du côté gauche. La pression de ces points provoque une sensation très pénible pour la malade ; il est probable que ce sont des points hystérogènes, mais nous n'avons pas jugé à propos d'y insister.

Du côté de l'appareil de l'audition, diminution de l'acuité auditive des deux côtés.

Du côté de la vision, amblyopie.

Cette malade est donc sujette depuis deux ans aux accidents de coliques hépatiques et de coliques néphrétiques. En même temps elle est hystérique et cette hystérie apparaît après les premières crises douloureuses. Or, malgré ses antécédents héréditaires, cette femme qui ne présentait jusqu'alors aucun état nerveux appréciable devient hystérique à 50 ans. Seuls les accès de colique ont provoqué chez elle la névrose.

L'observation suivante montre encore l'action des crises de coliques hépatiques sur le développement des phénomènes hystériques.

OBSERVATION V (Résumé).

(MM. Jeanselme et Rahé. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1898).

La malade hystérique est sujette à des crises de coliques hépatiques.

A l'âge de 10 ans, une première attaque de lithiase provoque une première crise d'hystérie ; depuis lors toutes les causes qui ramènent des accès de lithiase hépatique, tels que les divers incidents de la vie génitale (établissement et retour des règles, grossesse, etc.) réveillent invariablement des crises d'hystérie. Pendant plusieurs années la névrose s'est traduite par des signes sans localisation précise, puis elle a groupé ses manifestations sur la moitié droite du corps et plus spécialement dans les régions qui sont le siège des irradiations douloureuses de la colique hépatique.

Dans la dernière crise, toute la région scapulo-humérale était

le siège d'une douleur intolérable à la fois superficielle et profonde. Des arthralgies d'intensité moindre occupaient les articulations du coude et du poignet. En outre, tout le côté droit du corps, moins le membre inférieur, était manifestement hyperesthésié ; la moindre pression sur les masses musculaires, les os et les articulations, le plus léger pincement de la peau provoquaient de vives souffrances. La zone d'hyperesthésie était circonscrite par des lignes d'une régularité géométrique.

L'hyperesthésie de la sensibilité générale s'associait à de l'anesthésie sensorielle ; la narine droite percevait mal les odeurs proprement dites, le parfum d'une fleur par exemple ; mais elle était trop vivement impressionnée par les substances irritantes, telles que l'ammoniaque.

L'œil droit était atteint d'amblyopie ; la conjonctive était douloureuse au moindre contact.

Une hyperémie, avec élévation notable de la température, était superposée à la zone d'hyperesthésie. Le membre supérieur droit était immobilisé, non-seulement par la douleur, mais aussi par une véritable impuissance motrice.

Après une durée d'une quinzaine de jours, la douleur et l'impotence du membre supérieur droit disparurent brusquement, et, un matin, à la visite, la malade se présente portant son enfant sur son bras.

Voici encore un cas de M. Potain qui pourrait être interprété comme les précédents :

OBSERVATION VI (Résumé).

Il y a un certain nombre d'années, M. Potain fut appelé à donner ses soins à une jeune fille atteinte de tuberculose pulmonaire au début. Les accidents s'atténuèrent et elle put se marier. Quelque temps après son mariage, elle fut prise d'une colique hépatique violente à la suite de laquelle elle présenta des symptômes très nets d'hystérie. Elle était toujours hystérique quand, pendant un séjour au bord du lac de Genève, elle offrit des troubles cérébraux avec fièvre, délire, inégalité des pupilles, enfin tous les symptômes de la méningite tuberculeuse ; ces accidents disparurent peu à peu.

Quelques années plus tard, elle mourait de méningite tuberculeuse.

Jusqu'ici, en fait de traumatismes internes, nous n'avons parlé que des coliques hépatiques ou néphrétiques. Mais il est bien évident que d'autres irritations locales internes peuvent devenir, dans certaines conditions, le point de départ de l'hystérie.

Tout le monde sait que la présence des vers intestinaux peut provoquer, surtout chez les enfants, des manifestations hystériques variées. Des faits nombreux ont été publiés à ce sujet. Nous ne ferons qu'en résumer quelques-uns.

OBSERVATION VII

Davaine. *Traité des entozoaires.*

Femme aliénée et hystérique. Expulsion du tœnia, cessation du délire. Expulsion d'un second tœnia, guérison de l'hystérie.

OBSERVATION VIII

Davaine. *Même ouvrage.*

Hystérie grave chez une jeune fille de neuf ans, ayant persisté plus d'un an. Guérison par l'expulsion d'un grand nombre d'ascarides lombricoïdes et d'oxyures.

OBSERVATION IX

Landouzy. *Traité complet de l'hystérie.*

Convulsions hystériformes suivies d'hémiplégie. Anthelminthiques. Expulsion d'un grand nombre de vers. Guérison.

L'estomac peut être le point de départ des manifestations hystériques. M. Dally a présenté, en 1877, à la société de thérapeutique, deux malades dont les observations se rapportent à ce fait. Chez ces deux malades, les

crises étaient provoquées par le passage des aliments dans la région du pylore.

Le premier cas concerne une jeune fille qui, au passage des aliments, principalement des aliments solides, était atteinte de crises convulsives, cloniques. Plus les aliments étaient volumineux, plus les crises étaient rapides et violentes. De plus, en appuyant même légèrement sur la région de l'estomac, on provoquait une crise, crise d'autant plus forte que la pression était plus grande. En dehors de la pression, M. Dally a pu constater que ces phénomènes étaient toujours liés au passage des aliments dans le pylore. Essayant l'électricité (courants continus) sur la région stomacale, M. Dally provoquait des crises violentes d'une durée de quatre à cinq heures, au début du moins; car, sous l'influence de l'électricité, du massage de l'estomac et des douches, l'amélioration a été assez rapide.

Ces crises cloniques, convulsives, apparaissant ainsi sous l'influence du passage des aliments dans le pylore, sont de nature hystérique. Au premier abord, ces faits paraissent se rapprocher beaucoup de ceux qu'on observe dans l'œsophagisme, mais la durée des troubles nerveux et surtout l'absence de vomissements ne peuvent faire admettre cette cause pathogénique. Il s'agit donc bien là d'hystérie. La malade avait de véritables « coliques pyloriques », et ce sont les aliments qui, en tirillant les parois de cet orifice, occasionnaient réellement les crises névrosiques.

Dans le deuxième cas rapporté par M. Dally, les crises étaient beaucoup moins longues et ne duraient que trois

à cinq minutes. Il s'agissait d'un jeune garçon de 13 ans chez lequel les crises étaient aussi consécutives au passage des aliments dans le pylore. Ces accidents prenaient la forme de la chorée hystérique. Ils ont été amenés sous l'influence du même traitement.

Certaines affections de l'intestin peuvent être également les agents provocateurs de l'hystérie. Dans l'observation X, le traumatisme est représenté par une typhlite, et c'est cette maladie aiguë qui a été le point de départ des accidents d'hystérie locale dont le diagnostic a été particulièrement difficile.

OBSERVATION X (1).

Crises convulsives intestinales consécutives à une typhlite. Guérison par la suggestion.

E. V..., âgé de 42 ans, commerçant,¹ habitant Lunéville et habituellement bien portant. Il n'a jamais eu de maladies antérieures: le seul inconvénient qu'il ait accusé, ce sont de petites selles diarrhéiques venant après chaque repas graduellement, et, de plus, de fréquentes petites selles dans la journée, toujours liquides, sans coliques, cela depuis son enfance; il ne se rappelle pas avoir eu de selles moulées, il n'a jamais eu d'accidents nerveux; mais j'ai traité une de ses sœurs et une nièce pour des troubles hystériques.

Etant à Lille, pour affaires, le 12 juillet 1888, il contracte une

1. Obs. de M. le professeur Bernheim, *in* thèse Cosserat.

typhlite avec douleur vive iléo-cœcale, fièvre intense, constipation ; cette typhlite fut combattue par des purgatifs et l'application de deux vésicatoires. Il resta alité pendant 17 jours, puis resta encore 12 jours à achever sa convalescence à Lille, n'ayant de selles qu'avec les purgatifs. Rentré à Lunéville, il vit se confirmer sa guérison ; il n'accusait plus aucune douleur, mais toujours de la constipation, et de plus rendait les aliments aussitôt après les repas. Tout d'un coup, 15 jours après, survint vers la région abdominale inférieure droite une douleur atroce, comme une crampe, comparable en intensité à une colique hépatique ou néphrétique des plus violentes ; cette douleur dura de 1 heure à 1 heure 1/2 et se dissipa à la suite de cataplasmes et de lavements laudanisés. Après cet accès, V..., resta alité, avec de l'anorexie, sans aucune douleur, ni spontanée ni à la pression. Trois jours plus tard, survint un accès pareil au premier.

Puis les accès se répétèrent presque tous les jours, à heures variables, durant 1/2 heure à 1 heure, rarement la nuit. En même temps, outre ces accès de coliques, constipation opiniâtre ; il n'allait à la selle que par lavements et ne rendait que de petits rubans tout minces et plats, dit-il, ayant cependant la longueur d'un doigt.

Les médecins de Lunéville qui le virent pensèrent naturellement qu'il s'agissait d'un obstacle intestinal, consécutif au processus de la typhlite, par bride cicatricielle, péritonite chronique, épaississement inflammatoire du cœcum.

Appelé à voir le malade en octobre 1888, je ne pus que me ranger à l'avis de mes confrères. En dehors des crises, on ne constatait rien de bien net à la palpation profonde de la région iléo-cœcale, qui n'était pas douloureuse ; parfois on croyait

sentir une résistance, mais peu distincte. Pendant les crises douloureuses, on constatait une contracture avec gonflement de la paroi abdominale du côté droit et des anses intestinales sous-jacentes. On continua à essayer les révulsifs, vésicatoires, et les purgatifs divers, huile de ricin, séné, etc., contre la constipation opiniâtre ; rien n'y fit.

En novembre, les douleurs devenaient intolérables au malade ; il dut avoir recours aux injections de morphine, et commença par la dose de 1 centigramme, pour arriver, en mars 1889, à la dose de 10 centigrammes.

Les choses restèrent dans le même état. Vers la fin de février cependant, le malade resta 8 à 10 jours sans douleurs. Mais les accès reparurent plus douloureux, et la dose de 10 centigrammes de morphine par jour devint nécessaire. La santé générale périclitait. Rien n'arrêtait les accès ; l'idée d'une lésion organique grave s'imposait.

Le 20 juillet, le malade vint me revoir. Après l'avoir examiné de nouveau et constaté que le ventre était souple et nullement douloureux à la pression profonde, en dehors des accès, j'essayai l'hypnotisation, et en moins d'une minute, V... était en sommeil presque complet (catalepsie, mouvements automatiques et analgésie) avec souvenir conservé au réveil. Je suggérai la disparition de douleur et de contraction.

Malgré la suggestion, V... eut un accès, le lendemain 21 et revint le 22 juillet s'installer à Nancy. Ce jour, je fis deux séances ; le malade arriva depuis la 3^e en sommeil profond avec amnésie au réveil. Les crises depuis quelques jours viennent surtout vers 8 heures du matin. Le 23 juillet, à 8 heures, je me rendis chez le malade, je le trouvai la main appuyée sur la région iliaque droite, la face commençait à se gripper, l'accès

commençait ; je constatai que toute la paroi abdominale surtout à droite était contracturée. Je provoque immédiatement l'hypnose et je dis au malade : « Dans une minute vous ne sentirez plus rien, et le ventre sera relâché complètement ». Une minute après, la douleur avait disparu et la contracture avait cédé.

Le 24, nouvelle suggestion, la crise ne vint pas. Le malade n'eut plus de crise jusqu'au 31.

Nous résumerons en quelques mots la fin de cette intéressante observation : Les séances d'hypnotisation, mal dirigées après le départ du malade, devinrent impuissantes à supprimer les crises. Le malade fut traité de nouveau par M. Bernheim et retourna chez lui le 28 octobre 1889, complètement guéri.

Dans cette observation, nous avons deux éléments à envisager : la typhlite et les crises convulsives intestinales. La localisation de la douleur, les troubles généraux qui l'accompagnaient sont des signes assez significatifs pour qu'on puisse affirmer l'existence de cette typhlite. Mais il était permis d'établir des doutes quant à la nature des contractures douloureuses des masses intestinales, et l'observation nous montre que le diagnostic est resté longtemps méconnu jusqu'à ce que M. Bernheim l'ait établi par la méthode de traitement et le plein succès qu'il a obtenu.

Nous venons de passer successivement en revue un certain nombre de traumatismes internes, au point de vue des rapports qu'ils peuvent avoir avec l'hystérie. Mais il en existe bien d'autres qui peuvent devenir, à

l'occasion, les facteurs étiologiques des manifestations nerveuses. Et si les observations relatives à ce fait sont encore peu nombreuses jusqu'ici, cette lacune sera comblée peu à peu, à mesure que l'on connaîtra mieux les causes provocatrices multiples de l'hystérie et le polymorphisme des symptômes de cette névrose.

Ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture des observations que nous reproduisons ici, la symptomatologie de l'hystéro-traumatisme interne est absolument semblable à celle de l'hystérie vulgaire.

Les anesthésies, anesthésies cutanées ou profondes, anesthésies des muqueuses et des sens, sont notées dans la plupart des observations. De même les hyperesthésies se rencontrent fréquemment. Les stigmates psychiques et en particulier l'amnésie, trouble si fréquent chez les hystériques et sur lequel Briquet et Charcot ont tant insisté, existaient chez la malade de l'observation IV. Les accidents hystériques, les attaques affectant des formes variées, les paralysies, les contractures, la chorée, etc., sont également fréquents.

Ajoutons que les syndromes douloureux, et surtout la céphalalgie, sont souvent observés. Par sa violence et les manifestations réactionnelles qu'elle provoquait, la céphalalgie composait même, chez la malade de l'observation VI, un tableau analogue à celui de la méningite. Enfin les accidents viscéraux, troubles digestifs, etc., ne sont pas rares.

Assurément tous ces signes ou symptômes ne sont pas invariablement réunis et combinés dans la même proportion chez tous les sujets. Il n'y a pas de maladies par-

faites, conformes au type idéal des prescriptions pathologiques. Mais ce groupement de symptômes, si incomplet qu'il soit, ne peut être attribué qu'à l'hystérie.

Mais si, comme nous l'établirons dans le chapitre suivant, l'hystéro-traumatisme interne et l'hystérie ne forment, au point de vue nosographique, qu'une seule espèce morbide, si « toutes ces hystéries que l'on pourrait appeler accidentelles ne sont en somme que l'hystérie », ce n'est pas une raison pour mettre de côté l'élément étiologique. Les agents provocateurs de l'hystérie sont au contraire tellement importants qu'ils impriment souvent un cachet particulier à la maladie.

On sait bien, depuis les leçons de Charcot, que le traumatisme détermine souvent des hystéries locales, qu'un choc sur le bras, par exemple, est souvent, dans ces circonstances, suivi d'une monoplégie brachiale, qu'un coup sur la hanche provoque l'apparition d'une coxalgie hystérique. Les faits de ce genre abondent dans la littérature médicale. Lasègue (1) rapporte le cas d'une jeune fille de 14 ans qui, à la suite du séjour d'un grain de sable dans l'œil, fut prise de blépharospasme hystérique. M. Potain raconte l'histoire d'un jeune garçon qui, étant monté sur un arbre à Vichy, tomba sur l'épaule et eut une paralysie hystérique du deltoïde.

L'influence de l'agent provocateur sur la localisation des troubles nerveux se remarque également dans l'hystérie syphilitique, dans l'hystérie saturnine, etc.

1. Lasègue. *Des hystéries périphériques*. Arch. génér. de médecine, juin 1878.

Un fait très intéressant a été rapporté par M. Potain (1). Il s'agit d'un saturnin qui fut atteint d'une paralysie des extenseurs d'un côté ; cette paralysie était bien de nature hystérique, puisque les courants faradiques provoquaient des contractions très énergiques, et qu'au moyen de l'aimant on pouvait faire passer la paralysie du bras droit au bras gauche et *vice versa*.

Ce qui est vrai pour les intoxications, pour le traumatisme externe, l'est également pour le traumatisme interne. Dans toutes les observations nous constatons l'influence de la maladie causale sur la localisation des phénomènes morbides. Dans l'observation V nous voyons que la névrose groupe ses manifestations sur la moitié droite du corps et, plus spécialement, sur les régions qui sont le siège des irradiations douloureuses de la colique hépatique.

L'observation VI, bien qu'on doive apporter une certaine réserve à son interprétation, paraît cependant aussi concluante à ce sujet. La malade dont il y est question avait du côté du cerveau une cause d'irritation permanente. Aussi chez elle l'hystérie présenta surtout des phénomènes cérébraux, à savoir la céphalalgie intense, le délire, l'inégalité des pupilles, etc., analogues à ceux qu'on observe dans la méningite tuberculeuse.

Nous verrons qu'au point de vue thérapeutique les conditions étiologiques ont aussi leur importance et qu'en dehors des moyens de traitement employés généralement contre l'hystérie, on devra mettre en œuvre ceux qui s'adressent à l'élément étiologique, à la diathèse qui a été le point de départ des accidents nerveux.

1. Potain. *Bulletin médical*, 1887.

ÉTIOLOGIE

Dans ce chapitre nous parlerons de la nature même de l'hystéro-traumatisme interne et de la place nosologique qu'il doit occuper dans la neuropathologie.

A ce sujet deux opinions ont été émises.

Les uns, entre autres Leyden, Oppenheim, Thomsen, Strümpell, se fondant sur certains caractères que présentent les symptômes observés, soutiennent qu'il ne s'agit pas là d'hystérie et groupent ces troubles fonctionnels d'origine traumatique en une espèce nouvelle qu'ils dénomment : *névrose traumatique*.

Ces caractères différentiels seraient, suivant eux, la ténacité des stigmates, de l'hémianesthésie en particulier qui dure des mois et des années sans présenter les changements capricieux de l'hystérie ordinaire, et l'état psychique des malades qui, au lieu d'être gais, comme cela se produit, disent-ils, dans l'hystérie, seraient plutôt mélancoliques, déprimés d'une manière permanente. M. Grasset soutient également l'idée que l'hystéro-traumatisme est une hystérie spéciale, et il définit l'hystéro-traumatisme « une névrose générale appartenant à la famille des hystéries. »

D'un autre côté, M. Charcot et ses élèves affirment que les symptômes d'ordre dynamique observés dans l'hystéro-traumatisme ne diffèrent en rien des symptômes habituels de l'hystérie la mieux caractérisée et que chaque type de la série traumatique a son « sosie » dans la série des cas d'hystérie la plus légitime, survenant sous les causes les plus diverses. De plus, ils réfutent victorieusement, croyons-nous, les arguments des premiers.

La raison de ce schisme n'est peut-être qu'une simple question de mot ; et, comme le disait très explicitement M. le professeur Brouardel dans un congrès de médecine légale, « si l'on supprimait le mot hystérie, nous serions bien près de nous entendre ».

En réalité l'hystérie, quelle que soit la cause occasionnelle qui la produit, est toujours identique à elle-même et, en France comme en Allemagne, c'est la doctrine de l'école française, de l'hystérie « une et indivisible » qui prévaut aujourd'hui.

Ni les traumatismes, ni les intoxications, ni la terreur, ni « l'amour même » ne sont capables de produire des hystéries distinctes. La rétine n'a qu'une manière de réagir aux excitations, piqûres, brûlures, faradisation, etc. Cette réaction est toujours une sensation visuelle. « La sensation visuelle est une *constante* physiologique, comme l'hystérie est une *constante* pathologique ». (Brissaud).

Si la notion de causalité doit dominer toute la pathologie, si, comme on l'a dit, l'avenir est à la pathogénie, il ne s'ensuit pas que toutes les maladies soient condamnées à ne plus porter que le nom de la cause qui les

provoque. « La spécificité de l'agent morbigène n'exclut pas la spécificité du malade. »

Nous connaissons tous certaine leçon clinique d'un chirurgien qui divisait les fractures de la jambe en « fractures par coup de pied, fractures par coup de poing, fractures par coup de maillet, fractures par coup de bâton, etc ». Certainement, les classifications à base étiologique ont du bon, mais elles n'ajoutent ni n'enlèvent rien à la fracture, ni à l'hystérie, envisagées en elles-mêmes. Nous dirons donc avec Charcot : « Il n'y a pas de forme spéciale d'hystérie traumatique, la clinique est semblable à celle des cas spontanés. »

Les différents facteurs étiologiques de l'hystérie, les émotions morales, les irritations locales internes, etc., ne jouent donc que le rôle de causes occasionnelles.

« Prenons deux individus, l'un indemne de toute prédisposition, l'autre entaché d'une tare héréditaire quelconque. Ces deux hommes suivent le même chemin, sont arrêtés par les mêmes obstacles, mais le moindre caillou qu'ils heurteront du pied sur la route fera à peine trébucher l'un, tandis qu'il fera choir l'autre. Le premier pourra marcher de l'avant en toute sécurité, le second aura tout à craindre des mille petits incidents du voyage. » En d'autres termes, une cause occasionnelle n'a d'action que sur ceux qui lui prêtent le flanc. Jamais le traumatisme interne ne pourra créer l'hystérie de toutes pièces, mais il est capable de la provoquer chez ceux qui s'y prêtent.

Or, cette prédisposition, quelle est-elle ? C'est l'hérédité.

La cause primordiale de l'hystérie, dit Charcot, est l'hérédité ; que celle-ci soit *similaire* : mère hystérique, fille hystérique ; qu'elle agisse par *transformation* : le ou les générateurs ou les ascendants étant atteints d'une affection nerveuse autre que l'hystérie elle-même.

En parlant de l'épilepsie, Hippocrate disait : « Elle a son principe dans l'hérédité ; car si des parents phlegmatiques mettent au monde des enfants phlegmatiques, les bilieux des enfants bilieux, les phthisiques des enfants phthisiques, si ceux dont la rate est engorgée et dure ont des enfants dont la rate est engorgée et dure, rien n'empêche que les parents qui sont atteints d'épilepsie aient des enfants qui en soient également atteints, puisque la semence émane de toutes les parties du corps, viciée si elle émane des parties viciées, saine si elle émane des parties saines. » Cette phrase s'applique parfaitement à l'hystérie, et, suivant le mot de Hoffmann. « *In feminis malum hystericum... in liberos per nativitatem transire, constantis semper et perpetuæ fuit observationis.* »

Si partout on ne trouve pas cette grande cause prédisposante qui est l'atavisme, c'est que ces observations ont trait à des malades d'hôpital, gens du peuple, séparés de leur famille souvent dès leur plus tendre enfance, ou à des malades qui sentent, suivant le mot d'Aug. Comte, « que les morts dominent les vivants » et cèdent au médecin, par une prévention inexplicable, leur tare héréditaire. En tout cas, les observations où l'hérédité existe sont en assez grand nombre pour qu'on puisse passer les autres pour ainsi dire sous silence.

Nous ne saurions d'ailleurs insister sur ce fait prouvé

surabondamment et nous concluons avec M. Déjerine (1) :
« S'il est une névrose dans laquelle l'hérédité ne fasse pas l'ombre d'un doute, dans laquelle elle domine toute l'étiologie, c'est assurément l'hystérie. »

1. Déjerine. *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*.
Th. Agrég., 1886.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de l'hystéro-traumatisme est encore, à l'heure actuelle, malgré les nombreux travaux auxquels elle a donné lieu, très complexe et fort mal connue.

Beaucoup de neuropathologistes admettent, depuis les travaux de Charcot, que l'immense majorité de ces accidents se produit par suite d'un phénomène d'auto-suggestion. Les auteurs allemands, Oppenheim entre autres, se sont ralliés à cette théorie. M. le professeur Grasset (de Montpellier) la repousse cependant encore, en se basant surtout sur la non-identité constante des accidents hystéro-traumatiques avec les troubles développés par la suggestion hystérique.

Un sujet hypnotisé est un sujet dont le cerveau dort en majeure partie ; l'attention, la conscience, la volonté, font défaut ; il en est de même du jugement. Par contre, les facultés imaginatives sont portées à leur summum d'activité. Le cerveau, chez le suggestionné, privé de la perception, ne peut exercer sur les sensations vraies ou fausses qu'on lui suggère qu'un contrôle imparfait. On dit au malade que sa jambe ne peut plus se remuer ; l'idée d'impuissance s'installe dans le cerveau et neutralise tout

ce que l'habitude avait emmagasiné de connaissances acquises relatives à cette jambe.

Il en est de même pour le traumatisé : mais ici c'est le malade lui-même qui s'impose cette idée d'impuissance. Un philosophe l'a dit : « L'idée, c'est le moi s'empêchant lui-même d'exécuter un acte. »

Tous les gens atteints d'un violent traumatisme externe ont un moment la sensation d'absence, de disparition de la portion du corps qui a été le siège du mal. Et, à ce sujet, on cite partout l'histoire de ce meunier qui, recevant du quatrième étage sur son bras droit tendu un sac de farine énorme, ne sentait plus son bras et le cherchait parmi les sacs.

« Le traumatisme atteint donc un cerveau à perception troublée ; ce cerveau spéculé sur le traumatisme, cause de l'idée d'impuissance, accepte sans contrôle (s'il s'agit de paralysie) la suggestion de disparition du membre atteint et supprime plus ou moins brusquement toutes les notions qu'il possède relativement à ce membre. »

Dans certains cas d'hystéro-traumatisme, l'agent provocateur agissant par une véritable suggestion traumatique frappe d'inhibition les représentations motrices ou sensitives.

Mais cette théorie de l'auto-suggestion, qui peut servir à expliquer certains accidents nerveux, ne peut s'appliquer aux faits dont nous nous occupons ici. Il est évident que, dans les cas d'hystéro-traumatisme interne, nous ne pouvons invoquer cette pathogénie.

Il faut attribuer le mécanisme de ces accidents à une perturbation fonctionnelle générale et surtout à une per-

turbation du système nerveux. Celui-ci, troublé dans son état statique et dans ses fonctions, pour peu que le malade soit prédisposé par son hérédité, sera frappé facilement par la névrose.

Si l'on pense à ce qui se passe quand un gravier agit sur une muqueuse aussi sensible que celle de l'uretère ou celle du canal cholédoque, aux nombreuses irradiations qui accompagnent ce passage et surtout à l'ébranlement, au shock nerveux qu'il provoque, il n'y a pas lieu de s'étonner que ce violent traumatisme produise chez l'individu des troubles nerveux considérables. L'excitation produite par ce calcul est tellement intense qu'elle peut provoquer par voie réflexe les accidents les plus éloignés. Rien n'est plus démonstratif à cet égard que l'étude des irradiations douloureuses de la colique hépatique ou de la colique néphrétique qui siègent souvent bien loin de la localisation originelle du mal. M. Potain rapporte à ce sujet des faits bien intéressants. Il raconte l'histoire d'une dame chez laquelle la colique hépatique se traduisait uniquement par une douleur extrêmement vive au niveau de la tempe droite ; cette douleur passait ensuite à gauche et la crise était finie. Le lendemain on trouvait le calcul dans les selles. Chez une autre malade, c'était une douleur vague dans l'épaule avec une céphalalgie intense ; chez une autre encore, c'était une forte névralgie dentaire qui marquait l'accès de colique.

Dès lors, il est facile de comprendre qu'une excitation aussi forte, capable d'amener ces troubles réflexes, puisse mettre l'individu sous le coup du shock nerveux, c'est-

à-dire dans cet état de torpeur intellectuelle et d'obnubilation cérébrale si propice à l'éveil de l'hystérie.

Il serait téméraire d'entrer plus avant dans l'étude du mécanisme intime des phénomènes hystériques. Nous ne pouvons raisonner utilement sur les perturbations fonctionnelles d'organes dont nous ne connaissons qu'imparfaitement le jeu normal et physiologique.

DIAGNOSTIC

Nous serons bref sur ce chapitre. Dans l'énumération des symptômes, nous avons indiqué çà et là des caractères qui aideront à établir le diagnostic.

Dans quelques cas, ce diagnostic est difficile, au moins au début. Les douleurs, les contractures, peuvent être des phénomènes réflexes symptomatiques des désordres matériels causés par l'irritation locale interne.

La persistance des accidents, leur marche, la présence des stigmates hystériques permettront d'apprécier la nature des symptômes observés. Quelquefois même le mode de guérison, comme nous l'avons vu, viendra imposer un diagnostic que l'on ne soupçonnait pas.

Le médecin devra donc rechercher tous ces signes et contrôler attentivement les affirmations de son malade. Car, s'il est une maladie dans laquelle le praticien doit se défier de la personne qu'il soigne, c'est l'hystérie.

La colique néphrétique, en effet, peut occasionner des troubles névrosiques; mais l'hystérie, à son tour, dans ses manifestations viscérales, peut simuler les crises douloureuses de la lithiase rénale. Et si le médecin n'y prend garde, l'hystérique qui craint beaucoup cette dénomination

(hystérie dans le langage populaire étant quelquefois pris dans le sens de nymphomanie), cherchera à le tromper par des moyens parfois bizarres.

Nous reproduisons ici deux observations intéressantes qui prouveront combien le médecin doit se tenir sur ses gardes et ne se prononcer qu'à bon escient.

OBSERVATION XI

(Bouloumié. Société de médecine de Paris, 1879). Hystérie grave, troubles dyspeptiques, hématuries, coliques néphrétiques et hépatiques, simulation de calculs vésicaux.

La malade âgée de 37 ans, devenue hystérique à l'âge de 27 ans, après une fausse couche suivie de maladie utérine. Les crises nerveuses étaient caractérisées chez elle par : 1° étourdissement ; 2° obscurcissement de la vue et de l'intelligence ; 3° suspension de la parole ; 4° chute avec perte complète de connaissance ; 5° analgésie complète et anesthésie.

Pendant son séjour à Vittel, en juin et juillet 1878, elle présentait les symptômes suivants : rétention d'urine, crises hystériques convulsives, apparition des règles bientôt suivie d'hématurie et d'hématurie, expulsion de 4 calculs couleur rouge brique, à cassures nettes, et d'un calcul sphérique brun ; ces 5 calculs et plusieurs autres rendus ou extraits postérieurement, étaient des corps étrangers ramassés dans les allées du parc de Vittel et introduits dans la vessie par la malade.

En outre, la malade eut de vraies coliques néphrétiques suivies de l'expulsion de vrais sables uriques, puis des coliques

hépatiques réelles avec urines bilieuses, coloration subictérique des sclérotiques.

Après le départ de Vittel : 4 coliques néphrétiques, *expulsion et extraction douloureuse de plusieurs faux calculs*, 5 ou 6 coliques hépatiques, 5 ou 6 hématuries ; quelques manifestations goutteuses aux gros orteils.

En 1879, revue à Vittel : achromatopsie, hématuries, coliques néphrétiques et sables uriques vrais, plus de faux graviers.

OBSERVATION XII

Brongniart, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*
1882.

Mme de R..., quarante-six ans, hypochondriaque, très nerveuse, sujette à des troubles variés de la respiration, de la circulation, de la digestion, liés manifestement à de l'hystérie, s'est crue successivement atteinte de phthisie pulmonaire, de maladie du cœur et de cancer à l'estomac ; depuis plusieurs années elle est en traitement pour une affection utérine ; enfin dans ces derniers temps, c'est du côté des reins qu'elle a éprouvé des souffrances qui ont fait penser à la gravelle. Venue à la consultation pour savoir si les eaux de Contrexeville pourraient la soulager, elle parle d'un catarrhe vésical parce qu'elle souffre en urinant, et de coliques néphrétiques dont elle indique très exactement le trajet ; à l'appui de son dire, elle montre des graviers dont une partie a été trouvée dans son vase de nuit et dont l'autre a été trouvée dans son lit, sans qu'elle

ait souffert au moment de leur expulsion. Les urines, examinées aussitôt, ne sont pas catarrhales : densité 1013, à 15° R, acide, pas d'albumine, pas de sucre, aucune espèce de dépôt, coloration pâle comme chez les anémiques nerveuses.

Quant aux graviers, ils ne ressemblent en rien aux concrétions urinaires ; ce sont des fragments cubiques, légers, de teinte brunâtre, ayant une apparence aréolaire qui rappelle tout à fait la structure du tissu spongieux des os, d'autres sont jaunâtres, lamelleux, friables ; ces fragments ont été reconnus pour être des *fragments d'os* et de *croûte de pain*.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Nous ne donnerons dans ce chapitre que des indications générales relatives au pronostic de l'hystéro-traumatisme interne et aux moyens thérapeutiques qu'il convient d'employer pour combattre les accidents nerveux.

Le pronostic de cette affection est intimement lié à l'état morbide qui lui a donné naissance. En général, la marche de ces accidents est chronique et les symptômes hystériques persistent avec peu de changement, tant que subsiste la cause qui les a provoqués.

Aussi, dans le traitement, devons-nous surtout agir sur la cause déterminante. Si c'est une colique néphrétique par exemple, c'est le traitement de la lithiase rénale qui devra tenir la première place, et c'est surtout contre l'état arthritique que nous dirigerons nos efforts. Il en est de même pour les autres variétés de l'hystéro-traumatisme interne. Le traitement banal de l'hystérie n'aura d'action sur ces accidents que si l'on y joint une thérapeutique énergique dirigée contre les maladies causales.

CONCLUSIONS

Consécutivement à une irritation ou à une lésion interne, il peut se développer, chez les sujets prédisposés, des troubles nerveux dont l'ensemble constitue *l'Hystéro-traumatisme interne*.

Ces accidents, absolument semblables à ceux de l'hystérie banale, ne forment pas une variété spéciale de la névrose, qui reste « une et indivisible ».

Le développement de ces divers symptômes se fait sous l'influence d'une perturbation fonctionnelle du système nerveux, chez des sujets que le choc nerveux intense accompagnant le traumatisme a placés en état de réceptivité spéciale.

Dans le traitement, l'élément étiologique tient une place considérable ; le médecin doit traiter surtout l'état morbide, cause des manifestations hystériques.

Vu par le président de la thèse.

POTAIN

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BATAILLE. — Traumatisme et névropathie. Thèse Paris, 1887.
- BENEDIKT. — Hystéro-traumatisme. Collège de méd. de Vienne, 1888.
- BERBEZ. — Observation d'hystérie survenue à la suite d'un soufflet. Soc. clin. 26 mai 1887.
- Traumatisme et hystérie. Th. Paris, 1887.
- BILLON. — Considérations sur l'hystéro-traumatisme. Th. Montpellier, 1891.
- BLUM. — Du shock traumatique. Arch. gén. de méd. janvier 1876.
- De l'hystéro-neurasthénie traumatique. Paris, 1893.
- BOULOUMIÉ. — Hystérie grave. Union méd. Paris, 1880. 3^e s. XXIX, 513.
- BRIQUET. — Traité de l'hystérie. Paris, 1859.
- BRISSAUD. — Les hystéries provoquées. Gazette des hôpitaux 1889.
- BRODIE. — Leçons sur les affections nerveuses locales. 1837. Trad. franç. de D. Aigre. Paris, 1880.
- BRONGNIART. — De la gravelle urinaire simulée et de ses rapports chez la femme avec l'hystérie. Ann. des mal. des org. génito-urin. Paris, 1882. 3^e s. 747.
- BYCHOFFSKI (Mlle). — Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme. Th. Paris, 1893.

- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux.
— Leçons du mardi à la Salpêtrière. Policlinique, 1887-1888.
- COSSERAT. — L'hystéro-traumatisme. Th. Nancy, 1890.
- DALLY. — Des crises hystériques d'origine stomacale. Bull. et Mém. Soc. de thérapeutique. Paris, 1830, 2^e s. VI, 19.
- DAVAINE. — Traité des entozoaires, 1877, Paris.
- DEBOVE. — Notes sur l'hystérie traumatique et sur sa gravité pronostique. Bull. de la Soc. méd. des hôp., 1887.
- DÉJERINE. — L'hérédité dans les maladies du système nerveux. Th. agrég., 1886.
- ERISCHEN (J.-E). — On railway and other injuries of the nervous system Londres, 1866.
- FERRÉ. — Amnésie traumatique. Th. Paris, 1881.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Traité de l'hystérie. Paris, 1891.
- GRASSET. — Leçons sur l'hystéro-traumatisme recueillies et publiées par Bourguet, 1899.
— Traité des maladies du système nerveux, 1893.
- GUINON (Georges). — A propos de deux travaux récents sur l'hystéro-traumatisme. Progrès médical, 1888.
— Les agents provocateurs de l'hystérie. Th. Paris, 1889.
- HUTCHINSON. — Ophth. hosp. Rep. VI.
- JACKSON. — Researches on the nervous system. 1873.
- JEANSELME. — Hystéro-traumatisme interne d'origine hépatique. Soc. méd. des hôpit. Séance du 15 juillet 1898.
- KUSSMAUL. — Les troubles de la parole.
- LANDOUZY. — Traité complet de l'hystérie. Paris, 1846.
- LARRIVÉ. — Des accidents nerveux consécutifs aux traumatismes. Th. Lyon, 1898.
- LEYDEN. — Traité clinique des maladies de la moelle épinière. Traduction française de Richard et Very. Paris, 1879.
- MOEBIUS. — Ueber den Begriff der hysteric, 1888.

- OPPENHEIM. — Ueber das Wesen und den nosologischen character der sich bei fallen entwickelnden erkrankungen der Nervensystems. Berl. artzl. Corrpdzbl.
- OPPENHEIM ET THOMSEN. — Arch. de Westph., Bd. 15, Heft, 2, 3.
- PAGE. — Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanichal lesion andner vous shock. Londres, 1885.
- POTAIN. — Hystéro-traumatisme interne. Sem. méd. 1891.
- PUTNAM. — The medico-legal significance of hemianesthesia after concussion accidents. Am. journ. of neurol. and psych., 1884
- ROTH. — Berl. klin. Woch. 2 mars 1891.
- SCHÜTZENBERGER. — Etude sur les causes organiques et le mode de production des affections dites hystériques. Gazette méd. Paris, 1846.
- STRÜMPELL. — Ueber die traumatischen Neurosen. Berl. klin. 1888, Heft 3.
- THOMSEN. — Vier Falle von traumatischer und reflex-psychose, Charité-annalen, 1888.
- VIBERT. — Etude médico-légale sur les conséquences des blessures produites par les accidents de chemin de fer. Ann. d'hyg. publ., avril 1888.
- VIDAL. — 2 cas d'hystérie post-traumatique. Gaz. hebdom. 1898, 1021.
- WALTON. — Hysterical anesthesia brought on by a fall. Boston, med. and. surg. journal, 11 déc. 1884.



